ÜBER

HABITUELLE SCHULTERLUXATION

INFOLGE VON SYRINGOMYELIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM VON

DR. P. VON BRUNS

O. Ö. PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

H. H. SCHRADER

AUS HAMBURG.

TÜBINGEN 1899

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

ÜBER

HABITUELLE SCHULTERLUXATION

INFOLGE VON SYRINGOMYELIE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM VON

Dr. P. von BRUNS

O. Ö. PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

H. H. SCHRADER

AUS HAMBURG.

TÜBINGEN 1899

VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552310_0107

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. v. Bruns, sage ich meinen besten Dank für die Anregung und die Ueberlassung dieser Arbeit, sowie Herrn Privatdozent Dr. Küttner für die liebenswürdige Unterstützung bei derselben.

Schrader.

Seitdem die Syringomyelie der klinischen Diagnose zugänglich geworden ist, hat sie auch für die Chirurgie mehr und mehr Bedeutung gewonnen. Eine Reihe von Affektionen, deren Charakter früher durchaus unklar geblieben war, haben sich als neurotische Prozesse auf dem Boden der Syringomyelie herausgestellt. Besondere Beachtung verdienen unter diesen die neurotischen Gelenkaffektionen, die sog. Arthropathieen, welche bei aufmerksamer Beachtung entschieden häufiger vorkommen, als man bisher annahm. So konnte aus der v. Bruns'schen Klinik E. Graf im J. 1893 über 4 Fälle berichten, seither sind in derselben Klinik noch weitere 16 Fälle von Arthropathie beobachtet worden.

Auf eine ganz besondere Form der Gelenkaffektion bei Syringomyelie, nämlich auf die habituelle Luxation des Schulter-

gelenks hinzuweisen, ist der Zweck dieser Arbeit. Es liegt hiezu um so mehr Veranlassung vor, als es bisher so gut wie unbekannt scheint, dass habituelle Schulterluxationen auf dem Boden der Syringomyelie vorkommen. Hiefür spricht die jüngst erschienene Arbeit von Francke[1]): „Zur pathologischen Anatomie und Therapie der habituellen Schultergelenksluxationen", in welcher 18 Fälle von habitueller Schulterluxation zusammengestellt sind. Francke geht auf Grund dieser Kasuistik hauptsächlich auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gelenkes, wie Kapselerweiterung, Defekte am Kopfe, Defekte an der Pfanne und Gelenkkörper und deren Ursachen ein, erwähnt jedoch dabei mit keinem Worte die Syringomyelie als ätiologisches Moment.

Es dürfte deshalb von Wert sein, dieser Zusammenstellung von Francke die Fälle von habituellen Schulterluxationen hinzuzufügen, welche auf dem Boden der Syringomyelie entstanden sind.

Von dieser seltenen Komplikation bei Syringomyelie sind an der v. Bruns'schen Klinik in den letzten $1^1/_2$ Jahren 2 Fälle vorgekommen, deren Krankengeschichten hier zunächst folgen sollen. —

1. Maria Hauser, 35 Jahre alt, ledig, von Isingen, Oberamt Sulz. Pat. hat seit ihrer Jugend sehr häufig an Panaritien der Finger der linken Hand gelitten. Zuerst im 14. Lebensjahre am Zeigefinger, ohne dass sie von einer vorausgegangenen Verletzung wusste. Es musste eine Incision gemacht werden, die schmerzlos war. Von ihrem 15.—20. Lebensjahre litt Pat. vielfach an Schwindelgefühl, welches bald schwächer, bald stärker vorhanden war; war es sehr stark, so fiel sie gewöhnlich um, blieb dann einige Minuten bewusstlos und kam erst allmählich wieder zu sich. In ihrem 17. Jahr bekam Pat. ein Panaritium am l. Mittelfinger, das von selbst aufbrach und in einigen Tagen wieder heilte. Nach 3 Jahren erkrankte der Daumen der linken Hand und heilte erst nach einem halben Jahr, nachdem sich kleine Sequester ausgestossen hatten. In der Folgezeit kam es am Daumen noch wiederholt zu Eiterung und Aufbruch.

Im 17. Lebensjahre bemerkte Patientin, dass sie in der Hand und im Arme nicht mehr das volle Gefühl hatte, doch war es wechselnd, bald mehr, bald weniger, auch Wärme und Kälte konnte sie nicht mehr recht unterscheiden. Vor 5 Jahren bekam sie wieder ein Panaritium am Zeigefinger der linken Hand, das in der Beuge zwischen I. und II. Phalanx und später an der entsprechenden Stelle der dorsalen Seite zum Aufbruch kam und mit zeitweiligen Unterbrechungen $^3/_4$ Jahr lang eiterte. Dann wurde der Finger exartikuliert, wobei Pat. gar keinen Schmerz empfand. Die Schmerzempfindung war damals an der ganzen linken oberen Extre-

1) Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 48. S. 399.

mität so herabgesetzt, dass man eine Nadel in dieselbe stechen konnte, ohne der Pat. erheblich weh zu thun. Hierbei war am Oberarm noch etwas Gefühl vorhanden, vom Ellenbogen an abwärts aber nicht mehr. — Der Mittelfinger und der 4. Finger der linken Hand sind im Sommer 1894, der Mittelfinger im Jahr 1895 und 1896 wieder aufgebrochen, aber nach kurzer Zeit von selbst wieder geheilt. — Am 26. Oktober 1896 fiel Pat., als sie Kartoffeln in den Keller tragen wollte, auf der Treppe einige Stufen hinunter und schlug mit der Vorderseite der linken Schulter auf. Sie verspürte sofort in Schulter und Arm heftige Schmerzen, die Schulter und der Oberarm schwollen stark an und waren am anderen Morgen ganz dunkel verfärbt. — Der hinzugerufene Arzt liess den Arm gestreckt bis Schulterhöhe suspendieren und 5 Tage lang kalte Umschläge machen. Als Pat. nach 14 Tagen wieder anfing zu arbeiten, bemerkte sie beim Heben von Gegenständen, dass ihr linker Arm nicht fest in der Schulter sass, sondern bald nach vorn, bald nach hinten aus dem Gelenk heraustrat. Der Arm schwoll wieder an, und Pat. schickte abermals zum Arzt, dem sie ihre Beobachtungen mitteilte. Der Arm wurde nun in rechtwinkliger Beugung im Ellenbogen fest mit Binden an den Leib gebunden. Nachdem der Verband nach einigen Tagen wieder abgenommen war, ist seit der Zeit nichts mehr mit dem Arm geschehen. —

Status (1. XII. 96): Bei der Pat. fällt eine etwas gebückte Haltung und ataktischer Gang, besonders rechts, auf. Romberg'sches Phänomen positiv. Die Pupillen reagieren auf Lichteinfall und Akkomodation gut. Die Kniereflexe sind etwas erhöht; kein Fussklonus. Pat. ist in gutem Ernährungszustand, der Gesichtsausdruck etwas stupide. — Leichte, aber deutliche Kyphose der unteren Hals- und oberen Brustwirbelsäule, am deutlichsten an den, der Vertebra prominens benachbarten Wirbeln, zugleich geringfügige, rechtsseitige Skoliose. — Der Zeigefinger der linken Hand fehlt, doch scheint noch ein kleiner Stumpf der ersten Phalanx vorhanden zu sein. Die Narbe ist mässig verschieblich, etwas sternförmig und in der Mitte wenig eingezogen. Der Daumen der linken Hand ist ebenfalls deform; der Nagel ist verkrümmt, längs- und quergerippt, die zweite Phalanx etwas verkürzt. Die Beweglichkeit im Interphalangealgelenk ist minimal. Die Basis der Grundphalanx des Daumens ist sehr stark verdickt, die Beweglichkeit nicht deutlich beschränkt, kein Krepitieren. An der Innenseite der Basis befindet sich eine verschiebliche Narbe. Der Nagel des Mittelfingers ist ebenfalls verkrümmt, längs- und quergerippt. An der Innenseite des Mittelfingers, entsprechend dem ersten Interphalangealgelenk befindet sich eine unregelmässige, verschiebliche Narbe und an der Innenfläche der Mittel- und Endphalanx desselben Fingers einige ganz oberflächliche Narben. Ganz ähnliche Narben sieht man an der Innenfläche der Mittel- und Endphalanx des Ringfingers und der Endphalanx des Kleinfingers. Im übrigen sind das Ellenbogengelenk und die Gelenke der Hand links und sämtliche Gelenk der rechten oberen Extremität gesund. Die

Gegend des l. Schultergelenks ist äusserlich etwas verdickt, und es besteht bei Bewegungen sehr deutliches Krepitieren. Ein Erguss ist bei dem starken Panniculus nicht genau durchzufühlen. Der Humerus lässt sich bequem nach vorn bis unter den Processus coracoid. und nach hinten bis unter die Spina scapulae luxieren; in der Pfanne selbst bleibt er nur kurze Zeit. Die Luxationen gehen unter lautem Krepitieren vor sich und sind kaum schmerzhaft. Eine deutliche Deformierung des Kopfes ist nicht durchzutasten. — Patientin vermag die Luxationen selbst herzustellen, und zwar die Luxation nach vorn durch Rückwärtsführen des Ellenbogens, die Luxation nach hinten durch Bewegen des Ellenbogens nach vorn und innen. Die Muskelkraft ist links erheblich herabgesetzt. Die Sensibilität der ganzen oberen linken Körperhälfte ist bis zur Mittellinie sehr deutlich herabgesetzt: grobe Fingerberührungen werden nicht gefühlt. Gesicht und Kopf zeigen etwa bis zur Verbindungslinie der Ohren normale Sensibilität: von der angegebenen Linie ab nach hinten ist die Sensibilität links herabgesetzt, wie auf der übrigen Körperhälfte. Der Temperatursinn ist links vollständig aufgehoben in dem ganzen Bezirk, in dem auch die Sensibilität aufgehoben ist. Mit der Schmerzempfindung ist es ebenso; auch ist dieselbe auf der rechten Seite nicht ganz normal. Die Grenze der Sensibilitätsstörung verläuft von den ersten Brustwirbeln schräg nach vorne und unten über die Mammae bis etwa zum Ansatz der 7. Rippe. Etwas unterhalb der angegebenen Linie ist die Tastempfindung noch verlangsamt, von da ab nach unten Tast- und Temperatursinn normal. Linksseitige Rekurrensparalyse.

Pat. wird faradisiert und verträgt die stärksten primären Ströme ohne Schmerzen; die Muskeln reagieren gut. — 1. II. 97 Entlassung.

18. VII. 98. Pat. stellt sich wieder vor. Der Befund ist im allgemeinen der gleiche, namentlich was Sensibilität und Motilität anbelangt. Der Kniereflex links scheint etwas erhöht zu sein. Die Schulter ist vielleicht etwas weniger stark geschwollen, als bei der letzten Untersuchung; der Luxationsbefund ist der gleiche. Patientin klagt über Schwäche im Arm und über reissende Schmerzen, die die ganze linke Seite von der Schulter bis zum Knie durchziehen.

2. Johannes Berner, 52 Jahre alt, Bauer von Altdorf OA. Böblingen. Pat. war nie ernstlich krank. Seit zwei Jahren will er in dem linken Arme nicht mehr das rechte Gefühl haben. Seit dieser Zeit traten häufig Entzündungen an der linken Hand auf; dieselben haben kaum Schmerzen verursacht, sind von selbst aufgebrochen und haben lange geeitert. Einige Male wurde vom Arzt incidiert, ohne dass Pat. Schmerzen empfunden hat. Am linken Zeigefinger eiterte das dritte Glied langsam weg. Seine linke Hand hat er oft in heisses Wasser getaucht, ohne es zu empfinden. Seit 3 Jahren sollen in der linken Schulter Schmerzen und Knarren bestehen. Pat. kann den Arm nicht mehr recht bewegen. Am 16. II. 98 renkte sich, ohne dass er eine bestimmende Ursache anzugeben weiss, der linke Arm

in der Schulter aus. Er wurde am 18. I. in Narkose reponiert.

Status (1. V. 98): Kräftig gebauter, gut genährter Mann. Lungen und Herz zeigen nichts Besonderes, im Urin kein Eiweiss. Sämtliche

Finger der linken Hand haben ein unförmiges Aussehen; sie sind stark verdickt, ihre Haut ist gespannt und am 5. Finger glänzend und faltenlos. Die Endphalangen sind ganz verkümmert und rudimentär und dementsprechend auch die Nägel deform. Am Zeigefinger fehlt der Nagel ganz, und es steht nur noch ein kleiner Stumpf der dritten Phalanx. Die Finger sind in den Interphalangealgelenken leicht gebeugt und können in denselben aktiv nicht bewegt werden. Passive Bewegungen lassen sich teilweise ausführen. In den Metatarso-Phalangealgelenken sind aktive Bewegungen in ganz beschränktem Masse um einige Grade möglich. Handgelenk beweglich unter lautem Knarren. Im Ellenbogengelenk sind Pro- und Supinationsbewegungen frei. Bei Bewegungen in der linken Schulter hört und fühlt man lautes Knarren. Der Arm kann bei fixierter Schulter

nur um wenige Grade abduciert und rotiert werden. Bei passiven Bewegungen lässt sich der Humeruskopf vollständig nach hinten und vorn luxieren. Das Gelenk ist dabei leer. Die linke Schulter ist dicker als die rechte; Umfang links 45½ cm, rechts 43½ cm. Rechter Arm und beide Beine sind frei. Die Sensibilität ist in den Fingern der linken Hand, besonders dem 5., und in der Hand herabgesetzt, am Arm unverändert. Die Schmerzempfindung ist im Gesicht beiderseits gleich; am Halse ist sie links schwächer als rechts. Am linken Arm ist sie vollständig aufgehoben, desgleichen an der linken Rumpfseite vorn und hinten. In den untersten Partien des Bauches fängt die Schmerzempfindung wieder etwas an und wird am Bein wieder normal. Die Grenze der Sensibilitätsstörung ist genau die Mittellinie. Die Muskulatur am l. Arm ist gut entwickelt. Es besteht eine linksseitige Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. In demselben Bezirk, wo die Schmerzempfindung aufgehoben ist, ist auch der Temperatursinn aufgehoben. Patellarreflex normal.

Diese beiden in der v. Bruns'schen Klinik beobachteten Fälle bieten im Grossen und Ganzen ein ziemlich ähnliches Krankheitsbild dar. Bei beiden besteht das zu Grunde liegende Leiden, die Syringomyelie, schon Jahre lang, beide weisen an den Fingern der erkrankten Seite Mutilationen als Folge schwerer Panaritien auf, bei beiden besteht eine bedeutende Störung in der Sensibilität und beide zeigen kyphotische und skoliotische Verkrümmungen der Wirbelsäule. Der 1. Fall scheint nur insofern schwerer zu sein, als sich auch noch ataktischer Gang und Romberg'sches Phänomen bei ihm vorfinden.

Was nun die Entstehungsweise der habituellen Schulterluxation betrifft, so besteht insofern ein Unterschied, als beim 1. Fall eine äussere Veranlassung, ein Fall auf die betreffende Schulter die unmittelbare Ursache der Luxation war, während beim 2. Falle dieses Leiden nach Angabe des Patienten ganz ohne jede Einwirkung von aussen auftrat. Ferner gab der 2. Patient an, er habe bereits seit 3 Jahren Schmerzen und Knarren in der linken Schulter beobachtet und nicht mehr die volle Beweglichkeit gehabt, was doch bereits auf die Gelenkerkrankung hinweist, während bei dem ersten Falle keine derartigen Angaben gemacht wurden.

Bei der äusseren Betrachtung der beiden betroffenen Gelenke findet man bei beiden Schwellung der ganzen Gegend. Bei passiven Bewegungen kann man bei beiden Fällen den Humeruskopf nach vorn und hinten luxieren, wie man will, und zwar vollzieht sich diese Bewegung unter lauter Krepitation und Schmerzen. Aktives Hervorrufen der Luxation ist aber nur beim 1. Fall möglich, während der 2. Patient bei fixierter Schulter nur unbedeutende Abduktions-

und Rotationsbewegungen machen kann.

Von beiden Fällen wurden Aufnahmen mittelst Röntgenstrahlen gemacht, welche die letzterwähnten Erscheinungen in mancher Weise erklären können. Das Bild von Fall I ist nicht sehr scharf und bietet nicht viel Besonderes, doch erkennt man auf demselben eine mässige Abflachung des Caput humeri und der Pfanne, die zugleich etwas breiter als gewöhnlich erscheint. Bei Fall II springt eine auffallende Veränderung des Humerus sofort in die Augen: Der Kopf des Humerus hat seine halbkugelförmige Gestalt vollständig verloren, hat vielmehr eine eiförmige Gestalt angenommen, mit der Spitze nahe dem Acromion, und ist ziemlich stark vergrössert. Die ganze Tuberkelpartie und das obere Ende der Diaphyse sind beträchtlich verdickt, an der Pfanne macht sich eine Abflachung und auffallende Breite bemerkbar. Der abgeflachte Kopf und die ebenso beschaffene Pfanne bei Fall I lassen also eine bedeutend grössere und leichtere Beweglichkeit gegen einander zu und ermöglichen es, dass Patientin auch willkürlich ihren Arm bald nach hinten, bald nach vorn luxieren kann. Bei Fall II dagegen lässt sich der Arm durch passive Manipulationen leicht luxieren, doch ist er in gewissen aktiven Bewegungen durch die Grösse und die Deformität des Caput humeri stark behindert. Infolge dessen bietet Fall I, was die habituelle Luxation betrifft, ein bedeutend ausgeprägteres Bild dar, da Patientin jederzeit willkürlich diesen pathologischen Vorgang demonstrieren kann. —

Bei Durchsicht der Litteratur ergab sich, dass die habituelle Luxation des Schultergelenks bei Syringomyelie schon in einer kleinen Anzahl von Fällen beobachtet worden ist. Dies ist um so interessanter, als man daraus den Schluss ziehen kann, dass vielleicht bei manchen Fällen habitueller Schulterverrenkung das zu Grunde liegende Nervenleiden übersehen worden ist; war doch auch einer unserer Fälle als gewöhnliche habituelle Luxation der Klinik überwiesen worden.

Aus der Litteratur konnte ich 13 Fälle von habitueller Schulterluxation zusammenstellen, bei denen allen Syringomyelie festgestellt war, und es mögen hier kurz die wichtigsten uns interessierenden Daten aus den Krankengeschichten derselben folgen.

1[1]). B. Charcot. 57jährige Frau. Nach einem leichten Sturz fühlte die Kranke in der rechten Schulter einen lebhaften Schmerz. Sie arbeitete weiter, doch weniger gut als früher. Nach etwa 20 Tagen konstatierte

1) bis 10) nach Schlesinger. Die Syringomyelie. Wien. 1895.

man einen Hydarthros des Scapulo-Humeralgelenks und eine Luxation des Humerus. Nach Punktion des Schultergelenks und Entleerung eines halben Liters einer nur wenig getrübten Flüssigkeit gelingt die Reposition des Oberarms leicht, jedoch stellte sich trotz länger dauernder Immobilisation die Luxation immer wieder her; ebenso trat neuerlich Flüssigkeitserguss in das Gelenk ein. Fortwährendes Krachen bei Bewegungen im Gelenke; dieselben sind nur wenig schmerzhaft. Schmerz- und Temperaturempfindung der Haut in der Gelenksgegend herabgesetzt.

2. Morvan. Mann von 35 Jahren. Unvollständige Luxation des linken Humerus, wodurch aktive und passive Bewegungen behindert. Durch Druck auf den Kopf wird er leicht an seinen richtigen Platz gebracht, doch stellt sich der frühere Zustand ebenso leicht wieder her.

3. Morvan. 45jährige Köchin. Subluxatio capitis humeri dextri subcoracoidea. Die Reposition gelang leicht, jedoch recidivierte die Luxation immer wieder.

4. Morvan. 47jähriger Mann mit Luxation des rechten Humerus. Die Gegend des rechten Schultergelenkes ist etwa doppelt so dick, wie die des linken. Starke Deformität der Gelenksgegend mit Exostosen. Excessive Dehnung der Bänder. Reposition des luxierten Kopfes leicht möglich, jedoch tritt stets wieder Spontanluxation auf.

5. Nissen. 27jähr. Grubenarbeiter. Vor mehreren Jahren Fall auf das l. Schultergelenk, starke Exsudation in dasselbe mit unerheblichen Schmerzen. Jetzt Schwellung und Fluktuation im linken Schultergelenke. Der Humeruskopf lässt sich leicht in dem stark verbreiterten, mit Zotten versehenen Kapselraum aus der Pfanne nach vorn und hinten luxieren; dabei knarrendes Geräusch. Nirgends Schmerz bei Druck oder passiver Bewegung. Resektion ohne Narkose oder lokale Anästhesierung. Enorme Zottenbildung im Gelenke, Verkleinerung des Kopfes, Vergrösserung der Pfanne.

6. Nissen. 43jähr. Frau. Ohne äussere Veranlassung Anschwellung des linken Schulter- und Ellenbogengelenkes. Starke Beeinträchtigung der Funktion wegen erheblicher Schmerzen. Im Ellenbogengelenke nahm die Schwellung allmählich ab. Bei der Aufnahme zeigte sich die linke Schultergelenksgegend durch Flüssigkeitserguss stark aufgetrieben. Aktive Beweglichkeit des Humerus sehr gering, bei passiven Bewegungen lässt sich derselbe leicht nach vorn und hinten luxieren. Dabei knarrende Geräusche. Die Endphalangen sind verkürzt und verbreitert. Linksseitige Skoliose der oberen Brustwirbelsäule.

7. Nissen. 53jähriger Gärtner. Seit früher Jugend beginnende Deformitäten der Phalangen. Nach einem Sturze auf den rechten Ellenbogen Schwellung des Gelenks. Incision und Drainage des vereiterten Gelenks. Zu gleicher Zeit konnte der Kranke auch im linken Ellbogengelenke den Arm nicht mehr ordentlich heben. Im rechten Ellbogengelenke steht der Unterarm rechtwinklig flektiert; nur ganz geringe Beugung und Streckung unter knarrenden Geräuschen möglich. Sämtliche Gelenkenden verdickt

und deformiert. Pro- und Supination aufgehoben. Im linken Schultergelenk starker Flüssigkeitserguss; Luxation des Humeruskopfes nach vorn und innen, leichte Verschieblichkeit desselben nach hinten in der Pfanne und über dieselbe hinaus; bei Bewegungen deutliches Knarren und Reiben. Aktive Bewegungen nur in ganz geringem Masse möglich. Das Gelenkende des Oberarms bedeutend rareficiert.

8. Roth. 23jähr. Mann mit ausgesprochenen neuropathischen Arthropathien. Im Schultergelenk mehrmals schmerzlose Luxation des Armes. Erweiterung der Gelenkkapsel, Exostosenbildung. Die Epiphysen sind verdickt.

9. Sokoloff. 40jährige Bäuerin. Mehrere teilweise sehr schwere Traumen am linken Schulter- und Ellbogengelenke. In den anfangs stark geschwollenen, später nach Nachlass der Schwellung leicht knarrenden Gelenken relativ geringe Schmerzen. Luxatio humeri sinistri subclavicularis. Der atrophische Kopf lässt sich leicht einrichten, luxiert aber ebenso leicht wieder. Resektion des Schulter- und Ellbogengelenks, zum Teil ohne Narkose.

10. Weil. 52jähriger Schuhmacher. Vor 30 Jahren Krankheitsbeginn mit Panaritien. Vor mehreren Monaten plötzlich ohne bekannte Ursache bedeutende schmerzhafte Anschwellung der linken Schulter; ferner Schmerzhaftigkeit im linken Ellbogengelenke. Bei der Aufnahme kindskopfgrosse Geschwulst am linken Schultergelenke. Verdickung des äusseren Skapularrandes, Verbreiterung des Akromions. Unter knackenden Geräuschen ist das Caput humeri leicht nach vorne unter den Proc. coracoideus und nach hinten über den äusseren Skapularrand zu luxieren. Kopf und Pfanne unregelmässig verdickt und mit Höckern versehen. Deformitäten an den Phalangen. Skoliose der Brustwirbelsäule.

11. Thiem[1]). Arbeiterin stürzte von einem Wagen. Der rechte Oberarm ist im Schultergelenk vollkommen lose. Sein Kopf lässt sich passiv vor, über, unter und hinter die Gelenkpfanne des Schulterblatts ohne Schmerzen bewegen. Der Arm lässt sich also leicht einrenken, fällt aber beim Loslassen sofort wieder aus der Pfanne heraus.

12. Thiem[2]). 31jähriger Arbeiter wollte einen 57 kg schweren Linoleumballen vom Rollwagen auf seine linke Schulter laden. Hierbei fühlte er ein „Knattern“ in der linken Schulter, und der linke Arm stand steif nach hinten weg, während der Oberarmkopf nach vorn aus der Gelenkpfanne herausgetreten war. Trotzdem trug N. den Ballen ins Haus. Als er ihn abgelegt hatte, gab es wieder einen Ruck in der Schulter, und der Oberarmkopf war wieder in der Pfanne. In nächster Zeit ereignete es sich häufig, dass der Arm sich ausrenkte und teils von selbst wieder bei irgend einer Bewegung zurücktrat, teils zurückgebracht werden musste. Linke Schulter um 3 cm dicker als die rechte. Der Oberarmkopf kann aus der Gelenkpfanne nach allen Richtungen verschoben

1) Monatsschrift für Unfallheilkunde. IV. Nr. 6.

2) Ibidem.

werden: man hat dabei das Gefühl des lebhaften Knackens und Reibens im Gelenk. An der rechten Schulter und am Oberarm ist das Schmerzgefühl völlig erloschen. In dem gleichen Bezirk ist das Tastgefühl für leise Berührungen aufgehoben, stärkere werden wahrgenommen. Ebenfalls ist hier das Wärme- und Kältegefühl völlig erloschen. Die Aufhebung des Kältegefühls erstreckt sich auch auf den ganzen linken Vorderarm, während das Wärmegefühl an diesem in geringem Grade vorhanden ist.

13. Dercum und Spiller[3]). 45jähriger Mann. Seit 1880 allmähliche Lähmung der beiden Beine mit nachfolgender Kontraktur. 1888 schwoll die rechte Schulter an infolge eines Ergusses. Keine Schmerzhaftigkeit. So oft er versuchte, den Arm auszustrecken, kam eine Luxatio subglenoid. zu Stande.

Mit diesen 13 Fällen aus der Litteratur verfügen wir also über 15 habituelle Schulterluxationen auf dem Boden der Syringomyelie. Diese ansehnliche Zahl der habituellen Luxationen gegenüber den anderen Arthropathien infolge von Syringomyelie dürfte sich dadurch erklären, dass auch sonst die Schulterluxationen die häufigsten sind, was durch den Bau des Gelenkes bedingt ist.

Was die Entstehungsursachen der habituellen Schulterluxationen infolge von Syringomyelie bei diesen 15 Fällen anlangt, so finden wir, dass bei 6 eine äussere Veranlassung, meistens ein Fall auf die Schulter, die Gelenkaffektion nach sich zog, während bei 5 ausdrücklich erwähnt wird, die Erkrankung sei ohne jede äussere Veranlassung aufgetreten. Bei den übrigen 4 Fällen wird überhaupt nichts über die Entstehung des Leidens bemerkt. Hiernach würde man annehmen müssen, dass in den 5 Fällen, wo keine äussere Veranlassung für die Entstehung der habituellen Luxation angegeben wird, die pathologischen Veränderungen der Gelenke am weitesten vorgeschrittenen waren.

Ferner wurden bei manchen Fällen vorher bereits andere Symptome der Syringomyelie, wie Panaritien oder Störungen in den Empfindungen der Haut beobachtet, während bei anderen das Gelenkleiden bei einem anscheinend gesunden Menschen plötzlich auftrat und dann erst die genauere Untersuchung Syringomyelie ergab.

Ueber die anatomischen Veränderungen der betroffenen Gelenke finden sich leider nur spärliche Angaben. Wir finden folgende Befunde verzeichnet: Kapselerweiterung 1mal, Erguss in die Kapsel 6mal, Verkleinerung des Kopfes 4mal, Verdickung des Kopfes 2mal,

1) American Journal of the med. sciences. 1896. Nr. 296.

Vergrösserung der Pfanne 3mal, Verdickung der Pfanne 1mal, Exostosen 2mal, Zotten im Kapselraum 1mal.

Auch über die Therapie lässt sich wenig erwähnen. Meist wurde anfangs versucht, durch längere Fixierung des Caput humeri in der Pfanne die Luxation zu beseitigen, doch waren diese Versuche in keinem Falle von dauerndem Erfolg. In 2 Fällen wurde eine Resektion des Gelenkes vorgenommen; Angaben über den Erfolg dieser Operation sind nicht vorhanden. Der zu Grunde liegenden Erkrankung selbst stehen wir ja therapeutisch bis jetzt ziemlich machtlos gegenüber. Auch die Prognose ist auf Grund des fortschreitenden Charakters des Leidens eine ungünstige, sofern sie die Restitutio ad integrum betrifft.

Fassen wir die Thatsachen, welche wir gefunden haben, kurz zusammen, so ergiebt sich folgendes Resultat:

Es giebt habituelle Luxationen der Schulter auf dem Boden der Syringomyelie, und zwar treten dieselben entweder infolge einer äusseren Veranlassung oder ohne eine solche auf. Meist gehen der Luxation andere pathologische Zustände vorher, bisweilen aber ist es diese allein, welche klinisch in den Vordergrund tritt und das Grundleiden aufklärt.

Hieraus erhellt ohne Weiteres, welche Bedeutung diese Beobachtungen für die Unfallheilkunde besitzen und wie wichtig es ist, bei habitueller Luxation auf Syringomyelie zu untersuchen, die vielleicht häufiger zu Grunde liegt, als man bisher annahm.